

Les Présentations du Bregma

(A propos de 10 Observations
recueillies à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse)

THÈSE

Présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1960
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Marcel BOIS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 22 Octobre 1933

à VOULTEGON (Deux-Sèvres)



LYON

Imprimerie R. GAUTHIER
35, Rue Vitale

1960

LES PRÉSENTATIONS DU BREGMA

(A propos de 10 observations
recueillies à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les Présentations du Bregma

(A propos de 10 Observations
recueillies à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse)

THÈSE

Présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1960
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Marcel BOIS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 22 Octobre 1933

à VOULTEGON (Deux-Sèvres)



LYON

Imprimerie R. GAUTHIER

35, Rue Viala

1960

62

Doyen Honoraire M. J. LEPINE - Doyen M. H. HERMANN
Correspondant de l'Institut

Assesseur M. M. LEVRAT.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT,
MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

PROFESSEURS

Physiologie	MM. HERMANN.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge	MM. BERNHEIM.
Clinique urologique	CIBERT.	Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	PONTHUS (dét. à Beyrouth).	Botanique et cryptogamie	NETIEN.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME.	Clinique chirurgicale C	BERTRAND.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	ROCHET.	Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie	X...	Pharmacie et pharmacologie ..	DREVON.
Chimie organique et toxicologie ..	CHAMBON.	Médecine légale et déontologie..	ROCHE.
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER.	Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	X...	Clinique oto-rhino-laryngologique ..	MOUNIER-KUHN.
Clinique médicale B	P. RAVAULT.	Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE.
Clinique et prophylaxie cardiovasculaires	FROMENT.	Clinique dermatologique et syphiligraphique	THIERS.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Clinique de pneumo-phthisiologie ..	BRUN.
Chimie biologique et médicale..	ENSELME.	Clinique traumatologique des membres	CREYSSSEL J.
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY.	Cancérologie	DARGENT.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile ..	GUILLEMINET.	Anatomie pathologique	GUICHARD.
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL.	Pathologie générale et expérimentale	GIRARD P.
Clinique gynécologique	POLLOSSON.	Anatomie	LATARJET.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Pathologie chirurgicale	PEYCELON.
Médecine du travail	BOURRET.	Thérapeutique	GIRARD M.
Clinique médicale	LEV RAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique stomatologique	DUCLOS.	Histologie	KEHL.
		Radiologie	PAPILLON.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Technologie Pharmaceutique	DORCHE.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	MM. BANSSILLON.	Physiologie	MM. CIER J.-F.
Parasitologie	ROMAN.	Physiologie	CHATONNET.
Bactériologie	BERTOYE A.		

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie pathologique	FERROLDI.	Parasitologie	MM. GARIN J.-P.
Chimie biologique et médicale..	CREYSSEL R.	Physique	MORET.
Anatomie	DUROUX.	Botanique et Cryptogamie	ODDOUX.
Thérapeutique	BRETTE.	Pharmacie et Pharmacologie	CIER A.
Histologie	DUMONT L.	Chimie organique et toxicologie.	PERROT.
Hygiène	THIVOLET J.		

AGREGES EN EXERCICE

Neuro-chirurgie	MM. LECUIRE.	Maladies infectieuses	MM. MONNET.
Cardiologie	GONIN.	Oto-rhino-laryngologie	GIGNOUX.
Obstétrique	MATHIEU J.	Stomatologie	FREIDEL.
Orthopédie	MARION Joseph.	Médecine générale	PLAUCHU.
Propédeutique médicale	PONT.	Pathologie médicale	DEVIC Michel.
Pathologie médicale	VIGNON.	Médecine légale	COLIN.
—	REVOL Louis.	Neurologie	GUYOTAT.
Pathologie chirurgicale	JAUBERT	Obstétrique	DUMONT Martial.
	de BEAUJEU.	Urologie	DURAND Louis.
Médecine générale	TRAAGER.	Chirurgie générale	FRANCILLON.
Pathologie chirurgicale	GUILLEMIN.	Médecine générale	DESPIERRES Ch.
Obstétrique	BURTHIAULT.	Chirurgie générale	de MOURGUES.
Pédiatrie et Puériculture	FRANÇOIS.	Chirurgie générale	SAUBIER.
Médecine générale	GUINET.	Dermatologie	COLOMB.
Pathologie chirurgicale	SAUTOT.	Médecine du Travail	TOLOT.
Chirurgie générale	MARION Pierre.	Neurologie et Psychiatrie	SCHOTT.
Chirurgie générale	MICHAUD.	Ophthalmologie	BONAMOUR.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. BANSSILLON : Assesseurs : MM. BROCHIER, BURTHIAULT, DUMONT

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

LEIDEN

A MA FEMME ET A MON FILS

Gage de mon amour.

A MA GRAND-MERE

Avec toute mon affection.

A MES PARENTS

Qu'ils trouvent ici le faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance pour les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MA FAMILLE

Affectueusement.

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BANSSILLON

Professeur d'Obstétrique

Nous le remercions du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien accepter l'hommage respectueux de notre reconnaissance.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCHIER

Il nous a accueilli avec une grande bienveillance dans son service. En témoignage de notre très vive reconnaissance et de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BURTHIAULT

Nous le remercions d'avoir bien voulu juger ce travail.

Hommage respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMONT

Il nous aida de ses conseils et nous réserva en toute circonstance un accueil amical. Avec toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL BORON

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL PROTAR

Spécialiste des Hôpitaux Militaires

Médecin-chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX CIVILS DE LYON

A NOS MAITRES DES HOPITAUX MILITAIRES
D'INSTRUCTION DE PARIS ET DE LYON

A NOS CAMARADES DE L'ECOLE DU SERVICE
DE SANTE MILITAIRE

INTRODUCTION

Les progrès qui ont été faits en obstétrique ne sont pas seulement dus à l'introduction de l'antisepsie et à l'asepsie, ou à la technique perfectionnée des opérations obstétricales, mais aussi au fait que nous avons appris à mieux approfondir nos connaissances des lois et des efforts de la nature tels qu'ils se présentent dans chaque accouchement.

Nous avons donc la possibilité de mieux reconnaître les déviations du mécanisme normal, et dans les cas d'intervention nous pouvons agir de telle façon que cette intervention se rapproche de plus en plus de l'accouchement physiologique.

Le fœtus qui exécute, dans son trajet à travers la filière pelvigénitale, certains mouvements, grâce auxquels il s'adapte à la forme du canal qu'il suit, achève son parcours en utilisant de la façon la plus favorable l'espace dont il dispose. Il s'agit de mouvements soit, de rotation, soit de flexion ou d'extension. L'ensemble de ces mouvements constitue le mécanisme de l'accouchement. A chaque présentation correspond un mécanisme spécial.

La position physiologique du fœtus est la présentation céphalique et la tête s'engage dans le bassin, pendant ou déjà avant l'accouchement.

Les lois de la pensanteur et la forme de l'utérus donnent lieu à une présentation longitudinale et surtout à une présentation du sommet (Loi de Pajot). La tête est alors fléchie, le menton est rapproché de la poitrine de l'enfant et c'est la petite fontanelle qui répondra au point le plus

déclive de la tête fœtale. Mais il peut arriver que la flexion ne soit pas aussi complète et soit remplacée par un certain degré de déflexion.

Le doigt, explorant le bassin au cours du travail, ne rencontrera plus au point déclive la petite fontanelle, comme dans les présentations du sommet, mais suivant ce degré de déflexion, tantôt les bosses frontales, tantôt le massif facial, tantôt le bregma.

Nous verrons dans le chapitre suivant combien les auteurs français et étrangers sont nombreux à discuter de la présentation du bregma pour essayer de lui donner son autonomie propre.

Il paraît donc intéressant de faire le point de nos connaissances concernant cette présentation.

HISTORIQUE ET DEFINITION

En remontant très loin en arrière, nous voyons que les anciens auteurs ne faisaient pas de distinction bien marquée entre les présentations du bregma et les présentations du sommet avec déviation du mécanisme normal. On identifia les deux termes sans songer qu'il s'agissait d'une présentation tout à fait différente.

C'est ainsi qu'en France, il semble que ces présentations aient été faussement confondues avec les variétés postérieures du sommet.

Mais, on est frappé surtout par la variété des dénominations auxquelles ont recours, pour les nommer, la plupart des auteurs qui les ont étudiées.

Les auteurs allemands et français furent nombreux à être attirés par le fait que la tête se présentait dans une position intermédiaire entre celles qui caractérisent les présentations du sommet et du front.

BUSCH l'avait appelée « la troisième et quatrième position de la tête » ; plus tard, elle fut nommée « présentation du vertex » (SPIEGELBERG, FRITSCH, OLSHAUSEN, VEIT, DÖDERLEIN).

KARL VON BRAUN admet que « présentation du sommet avec déviation du mécanisme normal et présentation du bregma » sont identiques.

KALTENBACH parle d'une « rotation anormale » dans les présentations du sommet.

Dans le traité d'accouchement de P. MÜLLER, WERTH traite les présentations du fœtus et on trouve, à propos du

mécanisme, qu'il peut y avoir « une rotation anormale, avec le sommet en arrière, à la suite d'une déflexion de la tête (présentation du bregma), ou une tête fléchie dans le cas où la tête subirait anormalement une rotation en arrière ».

RUNGE admet que « présentation du bregma et présentation du sommet avec déviation du mécanisme sont identiques » et il dit : « La présentation du bregma se rencontre en III^e et IV^e position de la tête, quand le dos est dirigé en arrière. La petite fontanelle est située en arrière, tandis que la grande progresse en avant ».

SPIEGELBERG et WIENER ne parlent que de rotation anormale dans les présentations du sommet.

ZWEIFEL écrit : « les présentations du bregma se rencontrent quand la rotation est empêchée ou troublée ».

WINTER avait proposé le terme de « présentation du vertex ».

SCHAUTA fait une distinction entre les présentations du bregma et les déviations du mécanisme normal dans les présentations du sommet et BIDDER déclare « qu'il y a autant d'opinions que de têtes ».

WINKEL distingue deux présentations de la tête et deux déviations du mécanisme normal pendant l'accouchement, et nous lisons : « Ces déviations ne s'expliquent pas du fait d'une position primitive du dos fœtal en arrière de l'utérus, mais, de même que dans la rotation du sommet, le dos reste tourné vers le côté, il est, même si le sommet subit une rotation en arrière, tourné du côté de l'utérus. Il n'y a donc pas de changement de position de l'enfant, mais le passage anormal est à considérer comme une variété du mécanisme dans les présentations de la tête ».

SCHRODER ne fait aucune distinction entre présentation du bregma et du sommet.

Des présentations du sommet, A. MULLER distingue les présentations du vertex et il dit : « Les présentations du

vertex qui, jusqu'à présent, n'ont pas été séparées d'une façon nette et distincte des présentations du sommet s'en différencient par le fait que ce n'est pas la petite fontanelle, mais la grande fontanelle qui est la plus déclive ».

RHENTER écrivait : « Les présentations du bregma sont celles où le fœtus présente au détroit supérieur son extrémité céphalique en attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion. Cette IV^e présentation céphalique n'est pas classique, du moins en France, mais il semble bien que l'attitude indifférente doive, comme la déflexion moyenne pour le front, créer une présentation autonome, la présentation de la grande fontanelle ou bregma ».

J. BRET distingue dans la présentation du front, la variété frontale et la variété bregmatique.

P. MERGER, dans son Précis d'Obstétrique, différencie dans la présentation du front une variété dite frontale quand la tête est relativement défléchie et une variété dite bregmatique, la grande fontanelle étant au centre du bassin.

POUR VERMELIN et RIBON, la présentation du bregma est une présentation en attitude indifférente, ou très légèrement défléchie, de l'extrémité céphalique qui met la région de la grande fontanelle en rapport avec le centre du détroit supérieur.

FABRE et TRILLAT, dans leur Précis d'Obstétrique, désignent sous le nom de présentation du bregma la présentation de la tête fœtale en attitude intermédiaire. La grande fontanelle est au centre du bassin, la petite fontanelle est plus élevée et difficile à atteindre.

M. LACOMME écrit : « Beaucoup décrivent, pas une, mais deux présentations du front : la présentation du front vraie et la présentation du bregma... Je crois suffisant de décrire une seule présentation du front ». Cet auteur se refuse donc à inclure la présentation du bregma comme une variété bregmatique de présentation du front et de

plus, il faut noter que LACOMME ne fait pas de place à la présentation du bregma dans son ouvrage.

Il semble qu'on doive s'étonner d'une telle attitude et que l'on doive maintenir la présentation du bregma comme véritablement une IV^e présentation posant un problème obstétrical.

Nous croyons avoir rappelé suffisamment d'opinions au sujet de la présentation du bregma pour démontrer les divergences qui existent entre les auteurs sur ce point et contribuent à en rendre difficile l'interprétation.

Nous nous rallierons à la définition de RHENTER, qui considère la présentation du bregma comme une présentation autonome avec ses caractères propres,

FREQUENCE

La fréquence est très variable selon les auteurs.

Pour V. WINKEL, 1,26 % des présentations de la tête sont des présentations du bregma.

BEUMER et PEIPER ont trouvé un chiffre encore plus élevé : 1/65.

KOEHREN rencontre les présentations du bregma dans 1,5 % des présentations céphaliques.

DIGONNET indique un cas de présentation du bregma en 25 ans de pratique hospitalière et privée.

VERMELIN et RIBON ont vu 9 présentations du bregma sur 24.000 accouchements (de 1946 à 1955 inclus) soit 1 pour 2.600 accouchements.

Nos observations personnelles représentent 10 cas de présentation du bregma sur 22.813 accouchements, soit 1 pour 2.281 accouchements.

Il faut insister sur la nécessité de recueillir un nombre important d'observations pour pouvoir en tirer des conclusions valables.

ETIOLOGIE

De multiples facteurs ont été invoqués comme étant à l'origine de la présentation du bregma. Mais, s'il apparaît que cette présentation se constitue secondairement au cours du travail, c'est plus particulièrement quand les conditions d'accommodation fœto-pelvienne sont défectueuses.

En premier lieu, les viciations pelviennes semblent être les plus fréquentes.

Pour VERMELIN et RIBON, elles existent dans 25 à 30 % des cas, et par ordre de fréquence, là encore, le nombre varie avec les différents auteurs :

— Dans 2 cas sur 8, à Lyon, le bassin est transversalement rétréci.

— Dans 2 cas sur 9, à Nancy, le bassin est aplati type limite.

Sur nos 10 observations personnelles, nous relevons 1 rétrécissement du bassin, soit un taux de 10 %. C'est un bassin transversalement rétréci (obs. I).

Si d'autres étiologies existent, il semble surtout qu'une certaine imprécision règne quant à leur systématisation.

LE DIAGNOSTIC

L'attitude indifférente de la tête, propre à cette présentation n'entraîne pas une extension perceptible du tronc. Le palper est difficile et donne des renseignements peu nets, aussi l'examen externe de la parturiente fournit-il habituellement les mêmes constatations que dans les présentations du sommet.

L'auscultation des bruits du fœtus, que le dos soit à droite ou à gauche, ne donne aucun renseignement particulier.

Un diagnostic précis de la présentation du bregma ne pourra être fait avec succès que par un toucher vaginal. Ce dernier montre, en effet, que la partie du crâne, qui est déclive et se présente, est la grande fontanelle située au centre de l'excavation, la petite fontanelle étant plus élevée et plus difficile à atteindre. La présentation du bregma se produit rarement en dorso-antérieure, le plus souvent l'occiput est situé en arrière et le front en avant sous la symphyse pubienne. Même dans les cas où l'engagement de la tête se fait d'abord avec la suture sagittale en transverse, le bregma, à mesure qu'il descend, a tendance à exécuter une rotation en avant, celle-ci s'achève au détroit inférieur sous la contre-pression du plancher pelvien.

Il ne faudra pas confondre les variétés occipito-postérieures de la présentation du sommet avec la présentation du bregma. Elles peuvent nous offrir une certaine ressemblance, si, dans la présentation bregmatique, l'occiput est situé dans l'excavation sacrée, en ce sens que, dans les deux cas, le front et la grande fontanelle regardent

la paroi antérieure du bassin et que l'occiput sort le long du périnée; mais la différence qui existe entre ces deux présentations est plus importante que l'analogie, grâce à l'attitude opposée de la tête.

Dans les occipito-sacrées, nous avons une flexion extrême, dans les présentations du bregma, nous trouvons une attitude indifférente de la tête.

Le diagnostic différentiel sera le suivant : dans la présentation du sommet, la petite fontanelle est atteinte, et dans la présentation du front, la grande fontanelle est latérale et le nez et le maxillaire supérieur sont atteints.

Il n'en reste pas moins que le diagnostic de présentation du bregma est très difficile, et que le plus souvent c'est au cours du travail qu'il est fait, soit que la poche des eaux est intacte, soit au moment de sa rupture, comme dans notre observation V. Le repère choisi pour l'orientation de la présentation du bregma est le front. Le diamètre occipito-frontal (12 cm.) est le diamètre sagittal de la grande circonférence de la présentation. Il s'étend de la région médiane du front situé à la hauteur des rebords sourciliers sous-orbitaires, d'un côté, à la région saillante de la bosse occipitale de l'autre côté ; il intéresse sur son trajet la suture métopique, la grande fontanelle, la grande suture sagittale jusqu'au voisinage de la petite fontanelle atteinte difficilement.

MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT

En reprenant la définition de RHENTER, nous voyons que si le fœtus présente son extrémité céphalique en attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion, ce ne sera plus l'occiput qui se présentera et que la grande fontanelle sera au centre du détroit supérieur et donc nous aurons une présentation du bregma.

Premier temps : engagement.

KOEHREN indique que « le premier degré de déflexion de la tête qui accompagne l'engagement dans les présentations du bregma peut survenir au cours de la grossesse (cas du goître congénital d'où fréquence plus grande dans les régions montagneuses) ». Mais, ordinairement cependant, cette attitude indifférente ne se développe que secondairement au cours du travail et c'est là justement que le diagnostic le plus précis est apporté par le toucher vaginal. C'est donc au moment où la tête est engagée au détroit supérieur. Les contractions utérines font alors descendre en premier lieu la grande fontanelle, puis le front, enfin la face, par une déflexion toujours plus prononcée de la tête. Tout ce qui entrave la descente de l'occiput favorise la formation de présentations défléchies. Si l'arrêt se produit au début, et que cette attitude entre la flexion et la déflexion reste stable, nous avons un accouchement en présentation du bregma.

Dans la présentation du bregma, la tête poussée par les contractions utérines, pénètre dans une attitude intermédiaire entre la flexion et la déflexion dans l'excavation et s'engage.

D'après HERZFELD, nous trouvons la sagittale dans le diamètre transversal du détroit supérieur, la grande fontanelle à droite, la petite fontanelle à gauche dans une première position du fœtus, le bregma à gauche dans une deuxième position du fœtus. La grande fontanelle sera le point le plus déclive et le plus facile à atteindre au toucher. Le diamètre occipito-frontal se trouve dans le diamètre transversal du détroit supérieur.

VERMELIN et RIBON indiquent que sur 9 observations, l'engagement tend à se faire en variété fronto-antérieure (4 fois), en transverse (3 fois), en fronto-postérieure (2 fois). La progression de la tête, sous l'influence de la poussée utérine, se fera, mais elle rencontrera de plus grands obstacles qu'une tête descendant en flexion puisqu'elle s'engage avec un plus grand diamètre.

Deuxième temps : descente dans l'excavation.

Nous savons que, normalement, la solidarisation de la tête et du tronc joue un rôle de premier plan dans la production de la rotation intra-pelvienne de la tête. Or cette solidarisation est précisément le résultat de la flexion forcée dans la présentation du sommet et de la déflexion, dans la présentation de la face. C'est grâce à cette solidarisation que la tête participera à la progression giratoire que le plan lombo-iliaque imprime au tronc fœtal.

Mais la présentation du bregma étant définie comme une tête en attitude intermédiaire entre la flexion et la déflexion, il n'y a pas solidarisation de la tête avec le tronc. Il est donc normal que dans cette présentation, la rotation intrapelvienne soit aléatoire quand elle est de grande amplitude, ou tardive et malaisée quand elle est de courte amplitude et que nous trouvions l'occiput en arrière, soit au niveau de la symphyse sacro-iliaque, soit même devant le sacrum.

Nous rencontrons donc, le plus souvent, après la rotation, la sagittale dans le diamètre antéro-postérieur, le

bregma en avant contre la symphyse, environ au milieu de la vulve, la petite fontanelle en arrière dans l'excavation sacrée, recouverte par les parties molles du périnée.

« D'où aussi le fait que les variétés fronto-antérieures ont plus de chances d'évoluer spontanément que les fronto-transverses, tandis que les fronto-postérieures tendent à rester bloquées suivant leur orientation d'engagement » (VERMELIN et RIBON).

Troisième temps : dégagement.

Il y aura au dégagement de plus grandes difficultés dans la présentation du bregma, car il faut que la tête fœtale au moment du dégagement puisse vaincre la résistance du plancher pelvien. Or, celle-ci est d'autant plus grande du fait que l'orifice vaginal ne se trouve pas dans la direction de la descente de la tête, mais qu'il est situé en avant dans l'angle pubien.

Cela expose la parturiente à un dégagement beaucoup plus long et à toutes les conséquences fâcheuses qui en résultent. Quand l'évolution est favorable, le dégagement se fait en fronto-pubienne avec l'occiput dans l'excavation sacrée. Le sillon naso-frontal vient se fixer sous la symphyse et sert de pivot de rotation. La tête se dégage par son diamètre occipito-frontal (12 cm.) au lieu du sous-occipito-bregmatique (9,5 cm.), d'où danger pour le périnée. En effet, la distension périnéo-vulvaire est extrême, l'anus béant et parfois le dégagement de l'occiput est brutal. Nous relevons pour notre part des déchirures périnéo-vulvaires dans 20 % des cas. La tête ayant franchi le périnée sous l'influence des efforts violents de la parturiente, le reste ne rencontre aucune résistance dans les voies génitales et se dégage rapidement.

Déformations de la tête fœtale.

Ces déformations seront évidemment en rapport avec la durée de l'accouchement, la grandeur de la tête fœtale et les obstacles à surmonter.

La progression de la tête fœtale se fait à frottements durs et à la faveur de phénomènes plastiques, tendant à amoindrir le diamètre occipito-frontal. La tête devient un cylindre dont l'axe passe par le milieu du bregma et se continue avec celui du cou.

Les régions occipitale d'un côté, fronto-faciale de l'autre, sont télescopées et « rentrées en dedans », cependant que la distance cervico-bregmatique est augmentée. La tête est « déformée en tour »; c'est le Turmschädel des auteurs allemands.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — N° 213 (1948).

Mme H..., primipare.

— Au 8^e mois : hauteur utérine à 28 cm. Bassin transversalement rétréci avec conservation de l'axe antéro-postérieur. La tête a tendance à se fixer. Assez bon pronostic obstétrical.

— Entre le 11 février à 22 h. 30 dans le service : pas d'albumine. Au toucher : col en voie d'effacement perméable au doigt. Membranes intactes. Les contractions ont débuté le 11 à 7 h. Il y a une remarquable lenteur du travail.

— Le 13 février à 2 h. 40 : dilatation à 7 cm. Rupture artificielle des membranes. La grande fontanelle est au centre de la présentation.

L'accouchement se fait spontanément à 4 h. 40 en présentation du bregma, avec dégagement en fronto-pubienne. Petite déchirure périnéo-vulvaire.

Durée de la dilatation : 44 h. 30.

Durée de l'expulsion : 1 h.

Durée totale du travail : 45 h. 30.

Délivrance normale. L'enfant pèse 3 kg. 410.

OBSERVATION II. — N° 586 (1949).

Mme C..., 23 ans. Primipare.

— Au 8^e mois : hauteur utérine à 28 cm. O.I.G. amorcée. Segment inférieur en formation.

Le 11 mai 1949, entre aux expectantes. Hauteur utérine à 29 cm., tête fixée, dos à gauche. Tension artérielle : 10,5/6.

Pas d'œdème malléolaire. Pas de bouffissure du visage. Urines : disque d'albumine.

Le 17 mai à 23 h. : rupture spontanée des membranes et début des contractions. La malade entre alors à la salle de travail. Au toucher : le col est non perméable sur toute sa longueur.

Le 18 mai à 8 h. : col presque effacé, perméable au doigt.

Le même jour à 13 h. 30 : col effacé, difficilement perméable au doigt. On tire sur le col et on fait craquer l'anneau. Spasmodique.

Le 19 mai à 4 h. 30 : dilatation à 8 cm.

La dilatation complète à 10 h. le 19 mai.

Application de forceps au bas de l'excavation pour surmenage maternel, sur une présentation du bregma. Episiotomie.

Durée de la dilatation : 35 h.

L'enfant pèse 3 kg. 250.

Par la suite, la malade présente deux clochers thermiques à 40° le même jour (24 mai). L'examen montre une involution utérine retardée, un utérus douloureux à la pression et un paramètre droit empâté. Les lochies sont fétides. Donc c'est une paramétrie consécutive à la déchirure du col. Sous l'influence de la pénicilline, la fièvre est tombée rapidement.

— En résumé : accouchement terminé par une application de forceps plus une épisiotomie sur une présentation du bregma.

Paramétrie consécutive à une déchirure du col.

OBSERVATION III. — N° 152 (1952).

Mme C..., 28 ans.

Grossesses antérieures : 2 enfants à terme (3 kg. et 3 kg. 100). Appendicectomie en 1948.

Au 8^e mois : hauteur utérine à 33 cm., tête mobile.

Entre le 11 février à 11 h. : nuage d'albumine, tête haute et mobile en O.I.G., col en voie d'effacement perméable à deux doigts, membranes rompues artificiellement à l'entrée, et début des contractions à ce moment.

— Le 12 février, à 2 h., la dilatation est à 5 cm. et la présentation est toujours mobile. Trois heures plus tard, il reste encore 1 cm. de col tout autour de la présentation, qui semble être *un bregma ou un front*.

Accouchement spontané le 12 février à 7 h. 30, en présentation du bregma. Episiotomie.

Durée de la dilatation : 19 h. 30 min.

Durée de l'expulsion : 1 heure.

Durée totale du travail : 20 h. 30 min.

Délivrance normale, l'enfant pèse 3 kg. 650. L'enfant a présenté, dès sa naissance, de la cyanose avec absence de vie, la mise sous la tente à oxygène a fait diminuer la cyanose et apparaître les cris.

A l'examen : l'enfant est porteur d'une bosse séro-sanguine sur la région du bregma, mais prédominante à droite. Faciès mongolien typique. En outre, petite masse de consistance kystique du volume d'une petite noix très mobile, au niveau de la région carotidienne droite, et que, logiquement on doit considérer comme un kyste branchial.

En résumé : accouchement spontané en présentation du bregma d'un enfant mongolien.

OBSERVATION IV. — N° 687 (1954).

Mme M..., 23 ans.

— Une grossesse antérieure à terme (enfant de 3 kg. 430).

A la dernière consultation : hauteur utérine à 28 cm., O.I.G. amorcée.

— Entre le 9 juillet à 4 h. 30 : présentation céphalique fixée, col en voie d'effacement largement perméable, à deux doigts, rupture spontanée des membranes à 2 h. et début des contractions à ce moment.

Application de forceps pour arrêt de la progression en présentation du bregma. Rotation et dégagement extrêmement faciles, l'enfant crie immédiatement. Méthergin.

Durée de la dilatation : 5 h. 30 min.

Durée de l'expulsion : 45 min.

Durée totale du travail : 6 h. 15 min.

Délivrance normale, l'enfant est vigoureux et pèse 3 kg. 150.

OBSERVATION V. — N° 802 (1954).

Mme M...

— Antécédents : kyste hématique de l'ovaire opéré en 1948. Malade myomectomisée antérieurement.

Bassin normal. A eu un enfant mort-né en 1950.

— Au 8^e mois : hauteur utérine à 30 cm. Présentation transversale facilement ramenée en siège. Il faudra surveiller de très près l'adaptation de l'enfant au voisinage du terme et se méfier des myomectomies dont on ignore les détails ; se méfier d'intervention par voie basse et tout particulièrement de versions par manœuvres internes.

— Entre dans le service le 7 août à 16 h. 40 : présentation longitudinale paraissant être un sommet en O.I.G. mobile. Le 8 août, rupture spontanée de la poche des eaux à 19 h. 30, quelques contractions, la présentation est transversale. A 20 h. 30,

au toucher : col en voie d'effacement perméable à deux doigts et la présentation très mobile semble reprendre contact au détroit supérieur. On place un bandage eutocique.

Le 9 août : la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, au toucher : le col a conservé toute sa longueur dans lequel on pénètre un doigt, car c'est un col mou de multipare.

Le 10 août : à 3 h. la dilatation est presque complète, *on sent la grande fontanelle au centre de la présentation*. Les contractions ont été régulières (toutes les 5 minutes).

Accouchement spontané : liquide amniotique méconial au dégagement. Déchirure périnéo-vulvaire.

Durée de la dilatation : 10 h. 45 min.

Durée de l'expulsion : 35 min.

Durée totale du travail : 11 h. 20 min.

Délivrance normale ; l'enfant pèse 3 kg. 100.

— En résumé : accouchement spontané en présentation du bregma dans un cas de rupture prématurée des membranes.

OBSERVATION VI. — N° 383 (1955).

Mme B..., 24 ans. Primipare.

— Au 8^e mois : hauteur utérine à 28 cm., O.I.D.P. fixée, segment inférieur mince, bassin normal.

Entre le 10 avril à 2 h. 15 : col effacé dilaté à 3 cm.

Rupture artificielle des membranes à dilatation : 6 cm.

Accouchement spontané en présentation du bregma (F.I.D.P.). Dolosal, Phénergan, Méthergin.

Durée de la dilatation : 18 h.

Durée de l'expulsion : 1 h. 15.

Durée totale du travail : 19 h. 15.

Délivrance normale ; l'enfant pèse 2 kg. 980.

OBSERVATION VII. — N° 469 (1955).

Mme N..., 33 ans.

— Grande multipare : 5 enfants à terme (poids variant de 2 kg. 900 à 3 kg. 800) et une fausse couche.

— Au 8^e mois : hauteur utérine à 25 cm.

— Entre le 2 mai à 8 h. 45 : grossesse gémellaire, col non effacé, épais, ouvert à 6 cm., pas de contraction, membranes rompues spontanément à 7 h.

Accouchement prématuré spontané : le premier enfant en présentation du bregma, le deuxième en S.I.G. complet.

Durée de l'expulsion : 5 min. pour chaque enfant.

Délivrance normale, les enfants pèsent respectivement : 1 kg. 870 et 1 kg. 920 ; sont décédés au bout de 16 h. et 26 h.

Suites de couches simples.

— En résumé : accouchement prématuré spontané d'une grossesse gémellaire bichoriale. Enfants décédés.

OBSERVATION VIII. — N° 1073 (1955).

Mme Q..., 28 ans.

— Une fausse couche à 5 mois et demi et un enfant à terme de 3 kg. 950.

— Au 8° mois : hauteur utérine à 29 cm., dos à gauche, tête mobile, bassin normal.

— Entre le 19 octobre pour terme dépassé : hauteur utérine à 32 cm., dos à gauche, tête mobile. On décide de pratiquer un Hauch.

Rupture spontanée des membranes et début des contractions à 18 h.

A dilatation : 7 cm., on sent la *tête fixée mal fléchie*. Forceps à la partie moyenne de l'excavation pour arrêt de la progression en présentation du bregma. Méthergin. Liquide amniotique méconial au dégagement.

Durée de la dilatation : 33 h. 30.

Durée de l'expulsion : 1 h.

Durée totale du travail : 34 h. 30.

Délivrance normale, l'enfant est vigoureux (réanimation en 5 min.) et pèse 4 kg., il porte la marque de la pression du promontoire à la région fronto-pariétale gauche.

OBSERVATION IX. — N° 1.327 (1958).

Mme X..., 19 ans, primipare.

— Règles irrégulières.

— Au 8° mois, hauteur utérine : 28 cm., O.I.D.P. amorcée.

— Entre dans le service le 6 décembre, à 10 h. : disque d'albumine, hauteur utérine 29 cm., présentation céphalique mobile, col en voie d'effacement perméable à un doigt, on sent le placenta en arrière de la présentation.

Début des contractions le 5 décembre à 7 h. et la malade signale des pertes rouges.

Le 7 décembre : petites contractions utérines.

Le 8 décembre : col effacé largement perméable à un doigt.

Le 10 décembre : col à 5 cm., rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané en bregma du premier enfant. Dégagement en fronto-pubienne.

Rupture artificielle pour les deux enfants suivants, qui se présentent en siège.

Pendant le travail : Dolosal, Phénergan, Méthergin.

Durée de la dilatation : 126 h. 20.

Durée de l'expulsion : 30 min. (10 min. pour les sièges).

Durée totale du travail : 126 h. 50.

Le placenta d'apparence unique (1 kg. 250), étalé, les cotylédons paraissent au complet, mais il existe 3 œufs. Les enfants pèsent respectivement 1 kg. 720, 1 kg. 590 et 1 kg. 460.

Suites de couches : utérus en bonne position, ectopie de la lèvres inférieure hémorragique.

— En résumé : accouchement spontané de trois enfants : le premier en bregma, et les deux autres en siège.

A remarquer la lenteur du travail.

OBSERVATION X. — N° 164 (1960).

Mme A..., 22 ans. Primipare.

— Au 8^e mois : hauteur utérine : 28 cm., O.I.G.A. fixée, bassin normal.

— Entre dans le service le 4 février à 4 h. 10 : tête fixée, col dilaté à 3 cm., poche des eaux intacte.

La dilatation ne progresse pas, on fait du Buscopan. A dilatation : 5 cm., rupture artificielle de la poche des eaux.

Peu de changement, la présentation est *mal fléchie*. Forceps à la partie moyenne de l'excavation pour arrêt de la progression en présentation du bregma. Méthergin.

Durée de la dilatation : 27 h. 40.

Durée de l'expulsion : 1 h. 20 min.

Durée totale du travail : 29 h.

Délivrance normale, l'enfant pèse 3 kg. 380.

ETUDE SYNTHETIQUE DES OBSERVATIONS

Dans les présentations du bregma, l'accouchement peut être spontané. C'est ainsi que, d'après les statistiques de RABINOWITSCH, l'accouchement artificiel n'était pratiqué que 21 fois sur les 169 cas de présentation du bregma. KOEHN dit « que les interventions sont plus souvent imposées dans ces variétés de position que dans les présentations du sommet ». VERMELIN et RIBON citent 30 % d'accouchements spontanés avec un poids moyen des enfants de 2.800 gr. Sur 8 présentations du bregma, PATIAUD rencontre 3 accouchements spontanés.

Sur nos 10 observations personnelles, nous avons 6 cas d'accouchements spontanés, 4 forceps et aucune césarienne n'est notée.

Si RABINOWITSCH avait, sur les 100 présentations du bregma à terme, 55 primipares et 45 multipares, nous avons, pour notre part, 5 primipares et 5 multipares.

Classiquement, la rupture des membranes, dans les présentations du bregma, se fait de façon prématurée au cours du travail. Nous en relevons 5 cas. Pour les 5 autres cas, il est, au contraire, fait mention de membranes intactes à l'arrivée, rompues dans les délais normaux ou que l'on a rompues artificiellement.

La dystocie du travail se traduit par des troubles de la contraction utérine avec des périodes de dilatation particulièrement longues.

C'est ainsi que V. HECKER trouve :

	Primipares	Multipares
Période de dilatation	21 h. 10	12 h.
Période d'expulsion..	2 h. 10	1 h. 45

KOEHREN constate une durée de travail de 23 h. 30 pour les primipares, et de 13 h. 40 pour les multipares.

Pour VERMELIN et RIBON, la moyenne de durée de travail est de 30 h. chez les primipares, et de 20 h. chez les multipares, les plus longues correspondant aux cas de rupture prématurée ou précoce des membranes.

GAUCHERAND et GARIN rapportent une période d'expulsion de 4 h. avec forceps terminal.

DIGONNET indique 37 h. de durée de travail avec intervention terminale.

Nos 10 observations personnelles où la durée de l'accouchement est connue, se divisent ainsi, en ce qui concerne les périodes de dilatation :

	Primipares	Multipares
Moins de 10 h. ..	aucune observ.	1 observ.
De 10 à 20 h. ..	1 observ.	2 observ.
De 20 à 30 h. ..	1 observ.	aucune observ.
De 30 à 40 h. ..	1 observ.	1 observ.
Plus de 40 h.	2 observ.	aucune observ.

La moyenne de la durée de dilatation et d'expulsion pour les primipares et les multipares est de :

	Primipares	Multipares
Période de dilatation	31 h. 17	17 h. 18
Période d'expulsion..	1 h.	0 h. 50

La longueur du travail, conséquence de la difficulté de la progression, entraîne une souffrance fœtale traduite par une issue de liquide méconial. Nous relevons ce fait dans nos observations : V et VIII, où les durées de travail sont respectivement de 11 h. 20 et 34 h. 30.

La longueur du travail, le surmenage maternel sont-ils une cause d'hémorragies fréquentes ou importantes, au cours de la délivrance ? Nous n'avons aucun cas où la délivrance est compliquée d'hémorragies. Il faut signaler, en outre, la fréquence des déchirures périnéo-vulvaires (20 % des cas) plus ou moins importantes.

Les suites de couches furent dans l'ensemble relativement simples. La seule complication que nous avons observée est la suivante :

Paramétrite à la suite d'une déchirure du col (VI).

En règle générale, la vitalité des enfants est bonne.

Le poids des enfants est variable. Nous notons :

Moins de 2 kg.	2
De 2 à 3 kg.	1
De 3 à 4 kg.	6
De 4 à 5 kg.	1
Plus de 5 kg.	aucun

Un enfant est né cyanosé avec absence de vie (III).

Ce chiffre représente 10 % de souffrance fœtale et on relève un cas de mortalité (VIII) soit 10 %.

Certains auteurs notent une mortalité fœtale plus élevée.

Pour V. HECKER, elle était de 7,9 % ; d'après V. WINKEL, elle était de 15 %.

Sur 20 cas au total, représentant les observations de VERMELIN et RIBON, PATIJAUD, BAUMIER, GAUCHERAND et DIGONNET, il y a 2 cas de mortalité fœtale, soit 10 %.

Quant à la mortalité maternelle, on ne la rencontre dans aucune de nos observations.

CONDUITE A TENIR

Puisque l'accouchement spontané est possible, quoique lentement et péniblement, l'expectative s'impose et il vaut mieux attendre que les efforts seuls de la nature accomplissent l'œuvre commencée. Mais si les périodes de dilatation ou d'expulsion se prolongent anormalement, il devient nécessaire de terminer artificiellement l'accouchement.

Nous envisagerons les indications successivement en période de dilatation et en période d'expulsion.

Période de dilatation.

a) L'intégrité des membranes, en retardant le moment de l'engagement, laisse la tête libre de modifier encore son degré de flexion.

HERZFELD conseille une cure de posture, la femme restant couchée du côté où se trouve le dos.

b) La rupture des membranes impose à la tête une attitude définitive, et les manœuvres de transformation du bregma en sommet, par pression sur le front pour accentuer la flexion, ne présentent réellement qu'un intérêt plus théorique que pratique.

Il s'agit, en fait, d'une épreuve du travail, et la surveillance doit s'exercer, non seulement sur les phénomènes mécaniques purs, mais aussi sur l'aspect fonctionnel et anatomique de l'utérus, ainsi que sur les réactions du fœtus.

Comme pour un bassin rétréci — et d'ailleurs, il est souvent touché — l'interprétation rigoureuse des éléments du pronostic maternel et fœtal peut conduire à interrompre l'épreuve et à terminer l'accouchement par une césarienne. Nous ferons une petite remarque : il faut être très prudent dans l'emploi des ocytociques surtout chez les multipares en raison des risques d'une rupture utérine.

Période d'expulsion.

Nous ne retenons pas l'indication de la version extraction, même si les conditions sont favorables, car les risques liés à son exécution sont supérieurs à ceux que procure une expectative plus prolongée.

Trois cas se présentent :

a) L'accouchement se déroule normalement : l'absence de disproportion fœto-pelvienne évidente, la progression régulière du travail, l'absence certaine de souffrance fœtale, sont autant d'éléments qui font espérer une terminaison spontanée. C'est ce que nous observons le plus souvent. En effet, sur nos 10 observations personnelles, nous avons 6 accouchements spontanés, soit 60 %.

Quand la présentation est bien descendue et sollicite l'écartement des parties molles, le dégagement pourra se faire lentement et l'épisiotomie est, en général, indiquée en raison des risques plus grands de déchirures, du fait du passage du diamètre occipito-frontal de 12 cm. Quand le diaphragme pelvien oppose une forte résistance ou en présence d'un affaiblissement des contractions, l'application de forceps terminale permet d'extraire sans trop de difficultés une tête située à la partie basse de l'excavation.

La littérature obstétricale nous fournit une observation de GAUCHERAND et GARIN qu'il nous semble intéressant de développer. Voici cette observation :

Mme M..., âgée de 20 ans.

— Antécédents : 5 grossesses avec 2 parités seulement. 3 fausses couches de 2 mois depuis 1945, 1 accouchement spontané à terme en 1947.

— Début grossesse : avril 1949, gestation bien supportée.

— Début du travail : 16 janvier 1950. Examen : col dilaté à 8 cm., mais le diagnostic de la présentation ne peut être défini de façon précise.

Le 17 janvier 1950 à 4 h. : la dilatation du col étant complète, les membranes sont rompues. Il s'écoule un liquide amniotique clair. Le toucher vaginal indique qu'il s'agit d'une tête au bas de l'excavation dont la rotation est achevée. Mais la présence d'une importante bosse séro-sanguine ne permet pas de conclure à une occipito-pubienne ou à une occipito-sacrée.

A 8 h. du matin, devant l'arrêt de la progression, on décide d'intervenir. Application de forceps. Devant l'échec des tractions et de la rotation, le Chef de Service est prévenu de cette dystocie.

Le toucher manuel profond révèle alors une présentation du sommet de déflexion. Il s'agit soit d'une présentation du bregma, soit du front.

L'indication d'une symphysiotomie à la Zarate est posée. Exécution immédiate. Prise de forceps et dégagement alors facile sur une présentation en F.I.D.P.

Enfant vivant de 3 kg. 650 du sexe féminin.

Délivrance artificielle immédiate pour vérifier les parties molles. Crin sur la plaie sus-pubienne. La tête de l'enfant présente la déformation caractéristique des présentations du bregma : en « tête de guignol » ou « Turmschädel » des auteurs allemands.

En résumé, ces auteurs ont été amenés à poser l'indication d'une symphysiotomie à la Zarate chez une secondipare devant l'échec d'une prise de forceps sur un sommet défléchi.

DIGONNET a pratiqué une application de forceps avec très large épisiotomie sur le seul cas de présentation du bregma qu'il a observé.

Pour notre part, nous relevons 4 applications de forceps, soit 40 %.

L'épisiotomie fut employée largement pour éviter des dégâts locaux importants, associée ou non au forceps, dans 2 cas, soit 20 %.

b) La tête s'engage difficilement et la descente est stoppée au tiers supérieur de l'excavation. Un modelage considérable ne tarderait pas à apparaître et un enclavement en serait alors la conséquence possible. Nous estimons que la césarienne représente dans ce cas la meilleure solution. Une application de forceps serait en effet une intervention difficile qui risquerait d'être mutilante pour le fœtus.

c) Il existe un rétrécissement du bassin et la tête reste haute : il faut évidemment employer la césarienne et rejeter toute application de forceps.

Sur nos 10 observations, dans aucun cas il ne fut nécessaire de pratiquer la césarienne.

CONCLUSIONS

La présentation du bregma peut être définie comme une présentation qui répond à une situation de la tête intermédiaire entre la flexion et la déflexion.

Le mécanisme particulier de l'accouchement est caractérisé par l'engagement du diamètre occipito-frontal et la grande fontanelle constitue toujours le centre de la présentation. Le dégagement se fait le plus souvent en fronto-pubienne.

La modification plastique consiste dans la forme cylindrique de la tête (TURSMSCHADEL).

De 10 observations de présentation du bregma recueillies à la maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse, pendant une période de 17 ans (1944-1960), les conclusions suivantes peuvent être émises :

1° La fréquence de la présentation du bregma est de 1 pour 2.281, soit 10 sur 22.813 accouchements.

2° Dans 1 cas, soit 10 %, il existe un rétrécissement du bassin.

3° Dans 6 cas, soit 60 %, l'accouchement se termine spontanément.

Dans 4 cas, soit 40 %, une intervention a dû être pratiquée et ce furent 4 applications de forceps. Aucune césarienne n'est notée.

4° La mortalité maternelle est nulle et la mortalité fœtale est observée une fois (il s'agissait d'un prématuré de 1 kg. 870).

5° La conduite à tenir dans la présentation du bregma semble être « l'expectative surveillée » car l'accouchement spontané est possible.

En cas d'arrêt de la progression, l'application de forceps représente l'intervention de choix si la tête est engagée, la césarienne étant au contraire indiquée lorsque la tête est simplement amorcée ou fixée au tiers supérieur de l'excavation.

Vu, le Doyen :
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse :
PROFESSEUR BANSSILLON

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 5 Décembre 1960

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

- BIDDER. — Uber Vorder, und Hinterscheitellagen. *Gynälogische Mitteilungen*, 1884, Gratulationsschrift.
- BRET J. — *Gyn. Obst.* 1944-1945, 44, 428.
- BUMM E. — Accouchement en présentation du Vertex. Précis d'obstétrique. Edit. Lausanne, 1911, 3^e édition (1929). En français.
- DIGONNET L. — Une observation de présentation du bregma. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.* 1951, 3, N° 3, 367-370.
- DODERLEIN A. — Geburtschilflicher operations kurs 1916.
- EPARVIER. — Présentation du bregma. *Bull. Soc. Obst. Lyon* 1923, 128.
- FABRE et TRILLAT. — Précis d'obstétrique (9^e édition). Tome I, 258-259.
- GAUCHERAND et GARIN. — Présentation du bregma. Forceps après Symphysiotomie à la Zarate. *Bull. Ass. Gyn. Obst.* 1950 ; 2, 190-191.
- KOEHREN. — *Thèse Lyon* (1925).
- LACOMME M. — Pratique obstétricale. Masson (1960), 535.
- MERGER P. — Précis d'obstétrique. Masson (1957), 165.
- PATIJAUD P.. — Présentation du front (Bregma inclus). *Thèse Lyon* (mars 1955).
- RABINOWITSCH. — Uber den Verlauf der Geburt bei Vorderhauptslagen Inauguration Dissertation Berlin, 1901.
- RHENTER J. — Encyclopédie médico-chirurgicale (obstétrique), 1934, 5024-5025.
- VERMELIN et RIBON. — Encyclopédie médico-chirurgicale (obst.). Présentation du bregma, 1958, 5, 5024.
- WURTH C. — La présentation du bregma. *Thèse Strasbourg* 1951, N° 67.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique et définition	13
Fréquence	17
Etiologie	19
Le diagnostic	21
Mécanisme de l'accouchement	23
Observations	27
Etude synthétique des observations	33
Conduite à tenir	37
Conclusions	41
Bibliographie	43

